Réseau de services intégrés

Ses principes, concepts et composantes

Résumé

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation

Octobre 2001

COORDINATION : *Aline Émond*
Lynda Périgny

RECHERCHE ET RÉDACTION : *Danielle Bédard*
Michel Carbonneau
Liliane Pagé
Robert Pronovost

COLLABORATION : *Valois Boudreault*

MISE EN PAGE ET TRAITEMENT DE TEXTE : *Mireille Ara*

106-02127/

NOTE AUX LECTEURS

Le texte qui suit est un résumé d'un document plus complet qui s'intitule « Réseau de services intégrés – ses principes, concepts et composantes ». C'est dans ce texte que l'on retrouvera toutes les **références bibliographiques**.

Le modèle, les principes et les composantes présentés sont inspirés, entre autres, d'un modèle préconisé par les professeurs André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis (Université de Montréal - GRIS). Ces derniers ont lu les textes et ne s'inscrivent pas en faux avec l'appropriation qui en est faite même si les interprétations diffèrent parfois de celles des concepteurs.

Ce texte ainsi que le document plus complet ont été déposés au Comité aviseur – Réseau de services intégrés ainsi qu'à la Table de concertation établissements/Régie régionale de l'Estrie. L'une et l'autre instances ont fait des recommandations pour un apport de précisions. Ces dernières seront apportées lors du développement de réseaux intégrés spécifiques (ex. : jeunes, services de première ligne, etc.).

Rappelons toutefois que la notion de santé doit être prise dans son sens large tel que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le préconise et comprend des dimensions sociales, psychosociales et de santé physique.

Aline Émond
Chargée de projet pour les réseaux intégrés
Régie régionale de l'Estrie

MISE EN CONTEXTE

Après les transformations qu'a connu le système de santé ces dernières années, l'organisation des services en réseaux intégrés et continus semble être maintenant la voie à privilégier, particulièrement pour certaines problématiques ou clientèles.

Cette stratégie est recommandée par la Commission Clair pour mieux répondre aux besoins grandissants de la population en matière de santé et de services sociaux. Ainsi, dans un contexte où les ressources sont limitées, le système de santé doit viser une plus grande performance pour faire face à une demande croissante qui résulte de plusieurs facteurs dont le développement technologique et le vieillissement de la population. Également, les citoyens éprouvent de plus en plus de difficultés à se retrouver dans l'organisation actuelle des services qui sont souvent fragmentés, peu complémentaires ou continus. Des sondages récents font état d'une insatisfaction notable de la population à l'égard des services offerts. *L'intégration des services permettrait donc de créer un système plus performant centré davantage sur le client et moins sur les dispensateurs de services.*

Les concepts ou modèles de réseaux intégrés et continus de services varient selon les expériences menées à travers le monde. Mais des constantes se dégagent de la littérature scientifique consultée. Ces constantes permettent de proposer une définition générale d'un réseau intégré et d'en découvrir les bénéfices attendus, les fondements et les caractéristiques. Ce relevé de la littérature permet également de suggérer un modèle et des stratégies d'intégration, des conditions de réussite s'y rattachant, ainsi que des objets d'évaluation pertinents.

Tout cet exercice s'inscrit dans une démarche régionale visant à harmoniser la compréhension de la notion de réseau intégré parmi les partenaires de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette démarche ouvre également la porte à une réflexion sur l'adoption de nouvelles valeurs de gestion comme la *coopération* et l'*interdépendance* et le partage d'une philosophie d'intervention commune. Elle est associée à une redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles.

DÉFINITION

À la lumière de la littérature consultée, la définition suivante est suggérée :

« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie ».

Cette définition s'articule autour de deux principes fondamentaux, l'*intégration* et le *continuum* de services.

Le principe d'*intégration* implique le rapprochement d'entités organisationnelles qui s'entendent pour offrir des services coordonnés et continus à une population définie d'un territoire donné. La coopération et l'interdépendance des acteurs, nécessaires pour dispenser ces services, peuvent reposer sur des arrangements allant de la mise en place de mécanismes souples à plus rigides. Mais quel que soit le mode d'arrangement retenu, l'intégration devrait toucher tous les aspects de

l'organisation des soins et services visés, soit la gouverne avec ses systèmes de financement, de gestion et d'information et la dispensation des services avec son système clinique. Le système de valeurs des différents acteurs devrait aussi faire l'objet d'une harmonisation.

Le principe de *continuum* de services réfère à la fois à la notion de continuité et à celle de complémentarité de services requis par les individus et la population. Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de distribution de services et à développer des mécanismes de systématisation du cheminement clinique des patients. Un réseau intégré devrait donc assurer une continuité de la prise en charge du client par la mise en place d'une gamme complète de services disponibles et accessibles, offerts aux niveaux local et régional.

MODÈLE ET STRATÉGIE D'INTÉGRATION, FACTEURS DE SUCCÈS

Le concept de réseau intégré repose entièrement sur la *réorientation des services en fonction des besoins des individus et de la population* (voir annexe 1), ainsi que sur la *prise en charge* de la clientèle par le système de santé, et ce, dans le respect des principes fondamentaux d'accessibilité et d'universalité des soins et services et de liberté de choix. Cette prise en charge exige aussi de la part des divers acteurs impliqués le partage de nouvelles valeurs comme l'*interdépendance* et la *coopération* et une entente sur une philosophie d'intervention commune.

À partir du modèle de Contandriopoulos et Denis[1] (voir annexe 2), quatre types d'intégration doivent être utilisés pour créer et soutenir un réseau intégré. Ce sont : *l'intégration systémique, normative, fonctionnelle et clinique*.

L'intégration systémique

Cette intégration suppose que le système de santé s'inscrit dans un processus généralisé, dans une cohérence générale en faveur de l'intégration des services à la population.

Dans un cadre organisationnel favorisant la co-responsabilité, les partenaires acceptent de se relier entre eux pour dispenser les soins et services requis. Ces relations peuvent être de moins structurées à plus structurées et prendre différentes formes :

- ententes d'information mutuelle,
- consultations,
- concertations,
- partenariats (alliances stratégiques, ententes contractuelles),
- fusions.

Même si certains auteurs avancent qu'une intégration de type fusion organisationnelle offre le meilleur potentiel de coordination des services, une forte tendance existe présentement en faveur de réseaux intégrés *virtuels* reposant sur des ententes contractuelles.

---

[1] Contandriopoulos, A.P et J.L. Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

L'intégration normative

Il s'agit de donner aux acteurs un système commun de référence qui assure la cohérence entre les valeurs et les modalités d'organisation du réseau intégré. Pour assurer ce type d'intégration qui est crucial, la littérature énumère une série de facteurs de succès dont les plus importants sont :

- *La présence d'un* ***leadership fort*** *pour porter le plan stratégique et s'assurer de son exécution. Des leaders, ayant une expertise en processus de changement, doivent vendre aux différents partenaires impliqués une vision et des attentes claires et transparentes de même qu'une compréhension commune de la stratégie proposée. Ces personnes doivent préparer le terrain en faisant la promotion de valeurs comme la coopération et l'interdépendance entre les établissements, la réduction des chevauchements dans la dispensation des services, etc.*
- *La nécessité de convaincre et d'impliquer dans la démarche les intervenants de chacun des secteurs impliqués dans l'intégration, plus précisément les leaders formels et informels.*
- *Le besoin de développer une culture « réseau » pour remplacer la culture « établissement ».*
- *Le besoin de développer une culture clinique orientée vers l'apprentissage de nouvelles méthodes, la rétroaction continue face aux objectifs d'intégration et la volonté de changer, de s'approprier la responsabilité de la clientèle cible du réseau intégré.*

L'intégration fonctionnelle

Cette intégration consiste à créer une gouverne commune pour prendre les décisions et assumer la responsabilité du réseau. Elle vise à relier et à articuler de façon cohérente respectivement les systèmes **de financement, de gestion** et **d'information** des partenaires dans l'optique du réseau intégré. Toutes les composantes touchant les activités et les fonctions n'ont pas à être intégrées pour permettre de procéder à l'avancement de l'intégration des soins et services.

La gouverne réfère à la manière dont les décisions sont prises et mises en œuvre. Dans un réseau intégré, les décisions sont prises pour l'ensemble de ses composantes par une seule entité décisionnelle. La gouverne implique de la part de ses parties constituantes, un engagement continu et une responsabilité conjointe à chaque étape du processus d'implantation et d'opérationnalisation d'un réseau intégré.

Dans un souci de plus grande efficacité, plusieurs auteurs recommandent que le système de financement d'un réseau intégré se traduise par l'allocation d'un budget spécifique associé à la clientèle prise en charge. Ce budget spécifique pourrait aller jusqu'à la capitation comme mode de financement.

La gestion administrative doit relier les domaines administratif et clinique. Il est nécessaire de nommer une autorité responsable pour gérer les ressources et vérifier la qualité du fonctionnement du réseau intégré. Cette responsabilité doit s'appuyer sur des mécanismes de concertation et de collaboration avec les différents partenaires concernés.

Enfin, un système d'information unifié est aussi nécessaire pour aider à la prise de décision et rendre des comptes aux autorités, ou encore pour relier efficacement les différents intervenants entre eux, facilitant ainsi le travail multidisciplinaire.

La réussite de l'intégration fonctionnelle repose sur plusieurs facteurs. Ceux qui reviennent le plus souvent parmi les auteurs consultés sont les suivants :

- *Une structure et un processus rationalisés de gouverne qui permettent aux bonnes personnes de recevoir l'information pertinente au bon moment pour prendre les bonnes décisions.*
- *L'élaboration d'un plan stratégique qui détaille les objectifs poursuivis et les activités nécessaires pour les réaliser. Ce plan devrait être basé sur les besoins de la population ciblée.*
- *Une redéfinition des pratiques et des habiletés de gestion en fonction de l'intégration et du continuum de services.*
- *La participation active des médecins à la structure de gouverne, lesquels exercent un leadership fort auprès de leurs pairs.*
- *L'instauration d'un système pour monitorer et évaluer les résultats des actions posées, et rendre ces résultats publics.*
- *La mise en place d'un plan opérationnel qui définit les rôles et fonctions de chaque entité, le budget qui sera affecté et les processus de formation pour chaque catégorie d'intervenants.*

L'intégration clinique

L'intégration clinique a deux composantes, soit *l'intégration des soins* et *l'intégration de l'équipe clinique*. Elle suppose ainsi de relier et de coordonner les soins et services requis par la clientèle dans un contexte de continuum de services mais aussi dans une perspective de redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles. Certains mécanismes peuvent faciliter le travail des cliniciens :

- *Des mécanismes d'accès bien définis en fonction de la clientèle visée. Pour la clientèle des personnes âgées, on parlera par exemple d'un guichet unique.*
- *Un système commun d'évaluation de la clientèle pour éviter la multiplication des interventions.*
- *Des systèmes de communication pour relier efficacement les professionnels du réseau.*
- *Des gestionnaires de cas ou intervenants pivots pour assurer la continuité des services.*
- *Une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire de professionnels comprenant les médecins.*
- *L'accès à des services de consultation ou d'intervention spécialisés.*

Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour que les acteurs passent des paroles aux actes. La réussite de cette intégration repose également sur plusieurs facteurs. Ceux-ci doivent faire partie d'un plan rigoureux d'implantation :

- *Une gamme suffisante de services de base avec toutes ses composantes et accessibles dans la communauté (continuum de services).*
- *Un plan d'actions spécifique à l'intégration clinique, mené par une personne responsable, doit être établi. Ce plan s'appuie sur un portrait des besoins de la population cible, fixe les priorités d'actions, alloue les ressources et permet d'évaluer les résultats obtenus pour apporter les correctifs nécessaires.*

- *Des outils et des façons de faire doivent être développés pour coordonner la progression du client à travers les services et assurer la continuité des services (ex. : protocoles d'entente entre établissements ou services, guichet unique, gestion de cas, informations standardisées au client, dossier clinique informatisé en temps réel, plan de services individualisé, équipe multidisciplinaire, etc.).*
- *Un retour régulier d'information sur le suivi des objectifs du plan d'actions pour le personnel impliqué dans l'intégration clinique.*
- *Des arrangements avec les médecins pour qu'ils participent activement à la gouverne du réseau intégré; des modes de rémunération plus variés les incitant à utiliser ce réseau intégré et à ajuster leur pratique en regard d'éléments tels : une approche globale axée sur les besoins du client incluant la prévention des risques à la santé, des protocoles d'interventions et de référence et un programme d'amélioration continue de la qualité.*

ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de l'implantation, du fonctionnement et des impacts d'un réseau intégré constituent des dimensions importantes relevées par l'ensemble des auteurs consultés.

Pour certains, il s'agit même d'un facteur de succès qu'il faut considérer avant même l'implantation d'un réseau de services intégrés.

La littérature propose une série d'objets ou de questions clés en regard de l'évaluation des réseaux intégrés de services. Par exemple : dans quelle mesure les services sont-ils intégrés ? L'accès aux services est-il meilleur ? Qu'en est-il de la continuité des services ? Sur la scène québécoise, un certain nombre de projets de réseaux intégrés font actuellement l'objet d'évaluation avec le soutien de fonds de recherche. Ces évaluations portent sur des aspects qui rejoignent en grande partie les questions clés relevées dans la littérature.

Quoi qu'il en soit, un cadre de référence est nécessaire pour camper à la fois les objets de suivi et d'évaluation, l'utilité de l'information générée, les responsabilités et les façons de faire. Ainsi, une fois l'ensemble des objets de suivi et d'évaluation définis dans leur ensemble, il reste encore plusieurs questions à débattre. Par exemple : quels sont les objets qui doivent être minimalement retenus (ex. : les facteurs de succès) ? Qui est responsable de l'évaluation ? Comment sont choisis les indicateurs ? Qui recueille et comment est recueillie l'information pertinente ? Qui veut cette information et à quelle fin ? À qui est-elle transmise et à quelle fréquence ? Autant de questions qui doivent être posées.

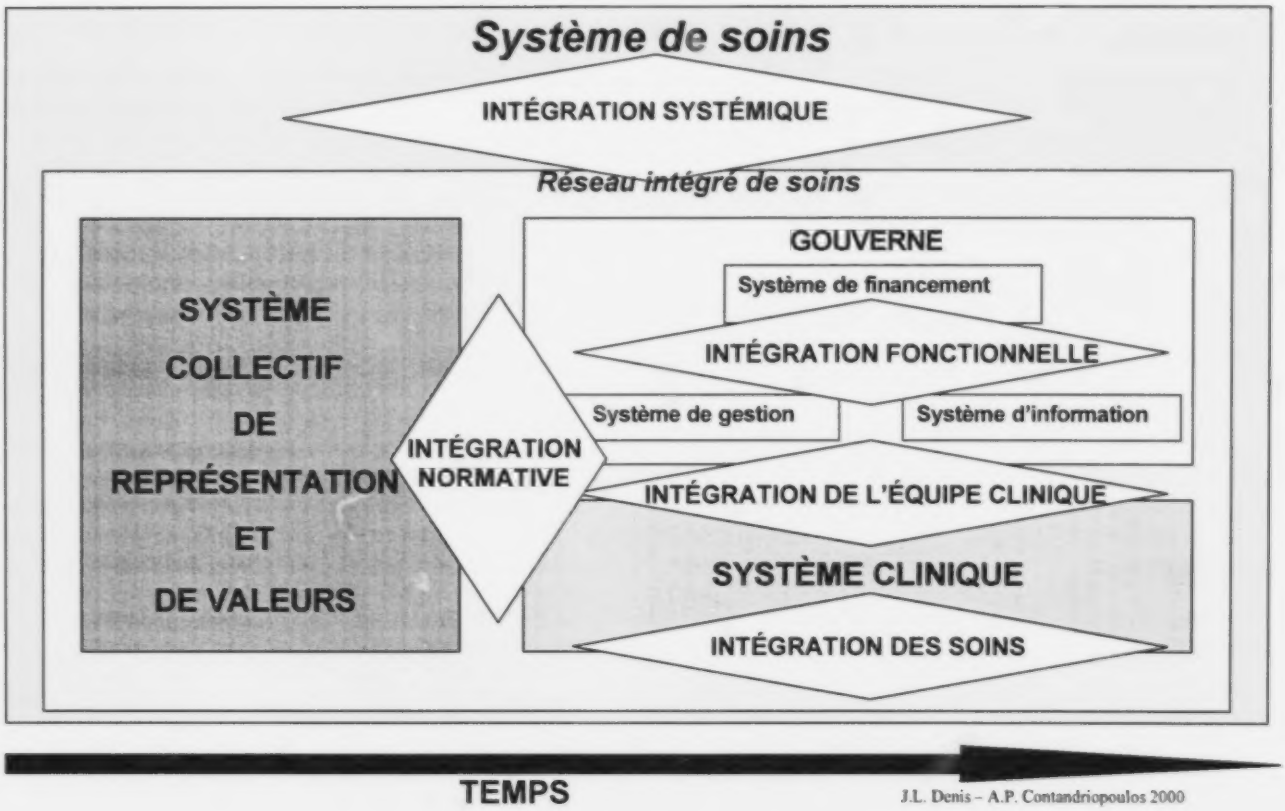
Annexes

ANNEXE 1

LE RÉSEAU INTÉGRÉ, SELON LA PERSPECTIVE DE LA CLIENTÈLE

- L'usager ne devrait pas avoir à répéter son histoire chaque fois qu'il rencontrera un nouveau professionnel ou lorsqu'il utilisera les services d'un nouvel établissement ou organisme.
- Il n'aura pas non plus à refaire les mêmes examens diagnostiques même s'il rencontre des médecins ou des professionnels différents à une étape ou l'autre de son cheminement clinique.
- Il ne sera pas utilisé comme l'outil de transmission des informations ni comme la personne responsable d'informer son médecin traitant ou son professionnel qu'il a eu une hospitalisation récente, ou qu'il a subi des tests diagnostiques ou des interventions particulières, qu'on lui a prescrit une médication, qu'on lui a fait un traitement, ou qu'il a été référé à un autre établissement ou organisme pour un service spécifique.
- Il ne sera pas maintenu dans un niveau de services en raison de l'incapacité d'un autre niveau à assurer sa prise en charge.
- L'usager aura un accès à un intervenant de soins primaires 24 heures sur 24.
- Il aura en main une information facile à comprendre sur la qualité des services et les résultats cliniques attendus afin de faire des choix informés sur les possibilités de traitements disponibles et les professionnels en mesure de répondre à ses besoins.
- Il pourra prendre un rendez-vous avec son médecin ou tout autre professionnel, pour un test diagnostique ou un traitement au moment du même appel téléphonique.
- Il aura accès à un plus grand choix de professionnels de soins de première ligne qui seront en mesure de lui accorder le temps qu'il a besoin.
- Dans le cas des personnes ayant un problème de santé chronique, elles seront contactées régulièrement afin de leur permettre de passer des examens préventifs et d'identifier les problèmes avant qu'ils ne surviennent; elles auront accès à des activités d'éducation leur permettant de suivre l'évolution de leur maladie et elles auront aussi accès à des services à domicile qui leur permettront de faire des apprentissages et ainsi de maintenir leur autonomie.

ANNEXE 2



J.L. Denis – A.P. Contandriopoulos 2000

Réseau de services intégrés

Ses principes, concepts et composantes

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation

Octobre 2001

COORDINATION : *Aline Émond*
Lynda Périgny

RECHERCHE ET RÉDACTION : *Danielle Bédard*
Michel Carbonneau
Liliane Pagé
Robert Pronovost

COLLABORATION : *Valois Boudreault*

MISE EN PAGE ET TRAITEMENT DE TEXTE : *Mireille Ara*

AVANT-PROPOS

Le Réseau de la santé et des services sociaux a procédé à une transformation importante de l'organisation de ses services au cours des six dernières années. La région de l'Estrie, comme l'ensemble du Québec, a participé à cette opération d'envergure. Ainsi, le virage ambulatoire, la transformation de l'organisation des services et l'intégration structurelle de certains établissements ont constitué des étapes importantes de cette réorganisation. Pour atteindre pleinement ses objectifs, cette démarche, d'abord centrée sur des modalités structurelles, doit maintenant favoriser l'instauration de mesures concrètes de coopération et de régulation où l'ensemble des établissements et organismes du Réseau de la santé et des services sociaux sont interpellés. Ces mesures visent, entre autres, à favoriser une plus grande satisfaction de la clientèle à l'égard des services et à assurer une prestation de soins et de services dans une perspective de continuité, de complémentarité et d'utilisation efficiente des ressources[1].

En Estrie comme au Québec, de nombreux intervenants et gestionnaires du Réseau de la santé et des services sociaux prônent des principes *d'approche par client, de cheminement clinique systématisé, de continuum de services, de réseaux intégrés, etc.* Ces principes reflètent très bien la nouvelle réalité qui émerge.

Afin d'harmoniser les changements et les discussions, la Régie régionale de l'Estrie a entrepris une démarche dont l'objectif est d'unifier la vision et la compréhension du principe d'intégration et plus particulièrement de la notion de réseau intégré ; ceci apparaissant comme un moyen pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des services du Réseau de la santé et des services sociaux. Ce document synthèse constitue une des composantes de cette démarche.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 5

POURQUOI UN RÉSEAU INTÉGRÉ ? 7

RÉSEAU INTÉGRÉ : DÉFINITION 8

FONDEMENTS ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉSEAUX INTÉGRÉS 10

MODÈLE, STRATÉGIES D'INTÉGRATION ET FACTEURS DE SUCCÈS 13

ÉVALUATION 23

ANNEXES

ANNEXE 1 27

ANNEXE 2 28

ANNEXE 3 29

BIBLIOGRAPHIE 31

INTRODUCTION

Dans tous les pays développés, les systèmes de santé ont de plus en plus de difficultés à répondre à l'ensemble des besoins de leur population tout en contrôlant leurs dépenses. Le développement des connaissances et des technologies sur les maladies et leurs traitements, les nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé des populations et l'évolution démographique telle que le vieillissement de la population, exercent des pressions considérables sur ces systèmes.

Par ailleurs, l'évolution des organisations et les variations observées dans le système de soins en termes de qualité et de résultats ainsi que la capacité croissante de les mesurer remettent en question certaines modalités d'organisation des soins dans le système de santé[2,3,4].

Les citoyens éprouvent de la difficulté à se retrouver dans le Réseau de la santé et des services sociaux et on observe une insatisfaction notable à l'égard des services reçus[5]. Plusieurs experts[6] ont fait état des constats sur les soins de santé prodigués au Québec. Bergman *et al*[7] les résument et les caractérisent globalement par :

- une fragmentation des services,
- l'absence de responsabilité globale et d'imputabilité des établissements et des dispensateurs de soins,
- l'existence de mesures incitatives menant à l'utilisation inadéquate et dispendieuse des centres hospitaliers et des établissements de longue durée,
- le travail en parallèle de chaque composante du système et le fonctionnement de celle-ci à l'intérieur de leur propre budget global individuel,
- des responsabilités distinctes et séparées de chacune de ces composantes pouvant se chevaucher ou laisser insatisfaite la réponse à des besoins importants.

En 1998, le Vérificateur général du Québec[8] faisait aussi des constats similaires sur la gestion des services sociaux offerts aux jeunes. Bien qu'on ait tendance à conclure que les difficultés identifiées concernent principalement le volet « santé » des services, le problème se pose aussi pour le volet « social » du Réseau de la santé et des services sociaux.

L'organisation actuelle du système de santé s'appuie sur une offre de services en « silo » et est principalement définie par les « fournisseurs de services ». L'accent est surtout mis sur l'autonomie des professionnels et des organisations, le traitement des maladies, les soins en institution et sur une régulation gouvernementale centralisée[9]. Le statu quo ne peut être maintenu.

L'évolution de la notion de juxtaposition de services vers la notion de coordination et d'intégration de ces services incite notre réseau à adopter de nouvelles modalités organisationnelles. Des changements pressants sont donc souhaités aux plans structurel, fonctionnel, clinique et informationnel, tant au niveau provincial que régional. La vision prônée en est une axée sur les besoins des individus et de la population et sur une amélioration de la prise en charge de la population. Parmi les changements préconisés, l'intégration domine comme

réponse potentielle aux besoins identifiés et à la nécessaire coopération. L'implantation de réseaux de services intégrés paraît être la stratégie à privilégier.

Les problèmes actuellement rencontrés au sein des réseaux de services sont d'ordre collectif. Or, cette notion de services de réseaux intégrés demande de la part des divers acteurs impliqués le **partage de nouvelles valeurs et une entente sur une philosophie d'intervention commune**. Elle est associée à une redéfinition des frontières organisationnelles et professionnelles. Devant la complexité des problèmes, **l'interdépendance** des acteurs est omniprésente et la **coopération** essentielle.

Les concepts et modèles de réseaux intégrés varient selon les expériences conduites à travers le monde, au Québec et même en Estrie. Toutefois, certaines constantes se dégagent. Les enseignements retirés permettent de découvrir les bénéfices escomptés, les limites et aussi d'identifier les fondements et les caractéristiques des réseaux intégrés. Ces mêmes expériences permettent aussi de proposer un modèle et d'identifier des stratégies d'intégration de même que les facteurs de succès s'y rattachant. Certains principes d'évaluation de ces réseaux seront abordés à la toute fin du document.

POURQUOI UN RÉSEAU INTÉGRÉ ?

Comme l'expérimentation des réseaux intégrés est récente et que peu de résultats sont connus à ce jour quant à leur impact, les bénéfices attendus sont plutôt d'ordre théorique. Plusieurs auteurs avancent toutefois que la mise en place de tels réseaux devraient contribuer à créer **un système plus performant centré davantage sur le client** et moins sur les dispensateurs de services. Ces mêmes auteurs spécifient, de plus, que les réseaux devraient :

1. **Améliorer l'état de santé de la population**. Par exemple, en abordant les problèmes de santé de façon holistique et en prenant des mesures non seulement contre les problèmes mais aussi contre leurs causes, tout en encourageant la prise en charge personnelle et une plus grande participation de la communauté ;

2. **Améliorer la qualité des services surtout en termes d'accessibilité, de continuité et d'efficacité.** C'est-à-dire un système de soins et services cohérent, accessible et convivial pour le client qui n'a plus à maîtriser lui-même les dédales du réseau pour obtenir des services. Offrir le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment ;

3. **Améliorer la satisfaction des clients et** celle **des intervenants** à l'égard de leur travail ;

4. **Rendre la gouverne et la gestion plus efficaces** par une meilleure définition de l'imputabilité et une clarification des rôles ;

5. **Améliorer la répartition de la dispensation des services** entre les partenaires pour une utilisation optimale des ressources. Par exemple, en redistribuant les responsabilités des services entre une gamme élargie de dispensateurs multidisciplinaires et parfois multi-sectoriels, autant en établissement que dans la communauté ;

6. **Améliorer l'efficience et la productivité des ressources,** c'est-à-dire obtenir de meilleurs résultats à l'intérieur d'un même niveau de ressources. Par exemple, par une meilleure utilisation du temps des intervenants ou encore par la réduction de la duplication des services.

Par ailleurs, la littérature consultée révèle peu de choses sur les limites ou les effets pervers inhérents à l'organisation des services en réseaux intégrés.

Des recherches évaluatives sont présentement en cours au Québec et ailleurs sur l'implantation, le fonctionnement et l'impact des réseaux intégrés. L'étude menée dans la région de Mauricie-Bois-Francs[10] montre de fait une amélioration de l'efficience des ressources consacrées aux personnes âgées. Les résultats de ces études, même si spécifiques à des clientèles cibles, viendront sûrement nuancer les attentes face à l'intégration des services et aussi permettre d'identifier les effets pervers potentiels.

RÉSEAU INTÉGRÉ : DÉFINITION

La littérature fournit diverses définitions de la notion de réseaux intégrés et un consensus véritable ne semble pas exister chez les auteurs consultés (Drazen et Nelson)[11]. L'adoption d'une définition de réseau intégré de services de santé doit cependant respecter l'essence des principes identifiés par ces mêmes auteurs.

À la lumière des définitions régulièrement citées dans la littérature et proposées par des auteurs reconnus comme Shortell et Leatt *et al*[12] et également par l'Association des hôpitaux de l'Ontario[13], la définition suivante est suggérée :

> *« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie ».*

Cette définition implique en fait le rapprochement d'entités institutionnelles ou encore de regroupements d'organismes chargés d'offrir des services ou d'élaborer et d'appliquer des programmes spécifiques au niveau d'un territoire donné afin de mieux répondre aux besoins de la communauté et des individus et d'être plus efficaces dans leur fonctionnement.

En plus du principe de responsabilité territoriale, cette définition sous-tend des intégrations horizontales et verticales (voir annexe 1). La collaboration, la coordination et la coopération des acteurs peuvent se produire par la mise en place de mécanismes souples, favorisant plutôt un regroupement en réseau d'organisations indépendantes et non reliées administrativement (intégration virtuelle), comme de processus allant jusqu'à des fusions organisationnelles. Des processus impliqués découlent une consolidation et une spécialisation des responsabilités pour certaines fonctions spécifiques, comportant comme résultats une redéfinition des rôles et de l'autorité, voire de la gouverne, de même qu'une réallocation de ressources[14]. Ces éléments seront décrits dans les sections suivantes.

Dans un réseau intégré, ***l'interdépendance*** est omniprésente : aucun acteur ou organisation n'ayant toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur ou organisation du champ est confronté[15]. La reconnaissance de cette interdépendance forte des divers acteurs et des différentes composantes du système de soins est nécessaire et constitue le fondement de la recherche d'une plus grande intégration[16]. La ***coopération des acteurs devient un élément clé*** des changements à apporter et se situe au centre des processus d'intégration recherchée dans la réforme des réseaux.

Selon l'OMS[17], *l'intégration* peut être comprise comme une façon de réduire les duplications inutiles, une façon d'exercer un contrôle des pertes inutiles, une synergie permettant de résoudre les problèmes de santé avec une plus grande efficacité (voir annexe 2 pour une comparaison des notions d'intégration, d'autonomie et de coordination). Elle est aussi perçue comme étant un

choix d'interventions plus appropriées à des problèmes complexes comportant de multiples facettes, une démarche de santé centrée sur les personnes et sur la satisfaction des clients. *L'intégration* est utilisée pour identifier et mettre en place une variété d'actions qui doivent être intimement reliées entre elles, ceci afin d'assurer une gestion efficace des services envers les usagers, dans le cas d'une maladie donnée, ou pour un problème donné. Dans une organisation de soins, *l'intégration* peut impliquer des arrangements de travail entre partenaires afin d'optimiser l'impact des interventions par l'harmonisation des activités dans un programme spécifique.

Dans cette optique, le processus d'intégration des services vise tout d'abord à coordonner de façon durable les pratiques d'acteurs autonomes et interdépendants (médecins, infirmières, intervenants psychosociaux, psychoéducateurs, CLSC, hôpitaux, CHSLD, organisations communautaires) pour mieux réaliser les projets collectifs souhaités en regard des réseaux intégrés de services[18]. Il renvoie aux processus de coordination des activités en vue d'accroître le caractère fonctionnel et systémique d'un domaine d'intervention[19].

La définition du réseau s'articule également autour du principe fondamental du **continuum de services.** Celui-ci réfère à la fois à la notion de continuité et de complémentarité des services et des soins requis par les individus et par la population. Par exemple, les services requis par les personnes victimes de traumatismes routiers, de maladies cardiovasculaires ou encore de troubles sévères en santé mentale font appel à plusieurs instances et à plusieurs niveaux de services. Des parents, des enfants ou des jeunes en difficulté peuvent aussi requérir différents niveaux de services tels que des services de première ligne, de prévention, de réadaptation ou de protection selon le degré de gravité de leur situation et de son évolution dans le temps. Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de distribution de services et à développer des mécanismes de systématisation du cheminement clinique des patients[20].

La notion de continuum de services permet de reconnaître explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'acteurs et d'organisations (établissements du Réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires, cabinets médicaux, etc.) doivent répondre[21]. Ces services doivent être dispensés dans une perspective de promotion de la santé et du bien-être, de prévention des problèmes de santé et de bien-être, de traitement de première ligne ou encore de services spécialisés (secondaires, tertiaires, quaternaires), de même que de réadaptation. Ils sont offerts aux niveaux local, régional ou supra-régional, en institutions ou dans la communauté.

Le continuum de services réfère à une notion essentiellement clinique et s'articule autour de concepts tels que le guichet unique, le concept de gestionnaires de cas, d'intervenants-pivots, où l'ensemble des interventions se réalisent à l'intérieur d'un plan de services individualisés. Formulé autrement, le continuum de services représente une offre de services intégrés dans le temps, dans l'espace et entre différents professionnels et organisations. Le réseau intégré, de par sa nature et ses caractéristiques, offre les conditions et l'environnement favorables à la mise en place du continuum de services et à son fonctionnement tels que la gouverne, le financement, la gestion, etc.

FONDEMENTS ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉSEAUX INTÉGRÉS

Opter pour un réseau intégré, c'est privilégier une vision organisationnelle nouvelle et partagée des services. C'est exiger une collaboration étroite et active des gestionnaires, des intervenants et des divers partenaires impliqués. Ce sont aussi de nouvelles façons de gérer et d'intervenir auprès des individus et de la population, et ce, dans le respect des principes fondamentaux du système de soins que sont l'accessibilité, l'universalité, la liberté de choix et l'administration publique.

La mise en place d'un réseau intégré implique une prise en charge de l'ensemble d'une population définie tout en plaçant les personnes, patients et famille, au centre du système. Ce dernier doit alors tenir compte de l'ensemble de leurs besoins, favoriser leur maintien dans leur milieu et faire appel à leur capacité de décision[22]. Le respect de la liberté de choix des usagers doit être priorisé.

Ces principes fondamentaux se traduisent par un ensemble de caractéristiques spécifiques. Bien qu'il existe plusieurs versions de modèles implantés tant aux niveaux régional, national qu'international, les auteurs consultés[23,24,25,26,27], font ressortir un ensemble de caractéristiques pertinentes. Par ailleurs, l'étude de projets québécois comme *« Le projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut St-Laurent »*[28], le modèle de *Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie* (projet SIPA) et les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*[29] fournissent aussi de précieux enseignements sur certaines des caractéristiques recherchées.

En résumé, les principales caractéristiques d'un réseau intégré sont les suivantes :

- *La responsabilité d'une population donnée et services fondés sur les besoins*

  Pour une population identifiée sur un territoire défini, les services doivent être offerts dans l'optique de répondre aux besoins des individus mais aussi de la population desservie.

- *L'intégration multidimensionnelle*

  L'intégration doit toucher les diverses dimensions du réseau en regard des aspects cliniques, médicaux, infirmiers, psychosociaux, de réadaptation et d'ordre fonctionnel, financier, informationnel, etc. Plus précisément :

  - *L'intégration médicale*

    Une participation active des médecins omnipraticiens et des spécialistes est nécessaire. Ils doivent non seulement assumer un rôle au niveau du leadership relié à la distribution et à la prestation des services mais aussi au niveau de la planification, de la gestion et de la gouverne du réseau intégré. Une place importante doit être donnée aux médecins de première ligne.

  - *L'intégration des différents professionnels*

    Cette intégration implique un décloisonnement des pratiques professionnelles, une redéfinition des frontières et des responsabilités des professionnels impliqués en fonction du modèle de réseau intégré choisi.

- *La disponibilité de systèmes d'information*

  Ces systèmes doivent permettre :

  - une mise en lien efficace des divers acteurs concernés par les services : intervenants, fournisseurs de services, agents payeurs, et ce, tout au long du continuum de services,
  - une accessibilité et une disponibilité des informations sur les coûts, la qualité et la satisfaction des patients. Les données nécessaires au portrait de santé et au suivi des résultats et impacts des interventions faites doivent être disponibles et accessibles à l'ensemble des partenaires.

- *L'Offre d'un continuum de services*

  Un éventail complet de soins et de services de santé, adaptés aux besoins de la population desservie doit être mis en place en étant coordonnés et intégrés tout au long du continuum de services. Toute la gamme de services de première ligne (prévention, diagnostic, traitement, réadaptation, soutien, etc.) doit être offerte le plus près des milieux de vie des individus. Une mise à contribution de l'entourage du patient et des groupes communautaires doit être recherchée. Des alliances stratégiques entre les « *fournisseurs* » de services sont à favoriser, incluant les organismes communautaires et l'ensemble des acteurs et organisations du milieu impliqués dans la dispensation des services de soins et de santé. À long terme, des ententes intersectorielles (transport, loisir, habitation) doivent être facilitées sur le plan local.

- *Des mécanismes d'accès bien définis à l'ensemble des composantes du réseau*

  Le réseau intégré doit faciliter l'accès à l'ensemble des composantes du réseau en constituant des mécanismes d'accès bien définis tel le guichet unique pour les personnes âgées tout en assurant les responsabilités d'accueil, d'orientation et de suivi des patients, etc.

- *Responsabilité clinique et financière*

  Une responsabilité complète doit être assumée en regard des soins de santé et des services sociaux offerts aux personnes ciblées dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient d'ordre préventif ou curatif, de réadaptation ou palliatif. Cette responsabilité s'étend à l'ensemble des services de santé et des services sociaux dont peut avoir besoin cette population et vise une responsabilité budgétaire territoriale qui pourra s'exercer pleinement grâce à l'instauration graduelle d'un budget spécifique. Le mode de pré-paiement par capitation constitue une mesure largement citée par une majorité d'auteurs pour actualiser cette responsabilité.

- *Un système de gouverne intégré et axé sur la performance*

  Un système de gouverne intégré doit être mis en place. Il est axé sur la performance et comporte ultimement une enveloppe budgétaire globale correspondant aux responsabilités dévolues, une gestion intégrée et un système d'information cohérent avec les responsabilités attribuées au réseau intégré.

L'implantation d'un réseau intégré devrait produire des changements concrets sur la façon dont les personnes reçoivent les services; cela devrait être perceptible pour la population et les individus desservis. Selon Leatt et coll.[30] un usager pourra reconnaître qu'il est en présence d'un réseau intégré s'il est en mesure d'expérimenter différentes situations susceptibles d'améliorer son cheminement à l'intérieur du continuum de services, qu'il soit vu dans un contexte de services de première ligne ou encore de services spécialisés (secondaires, tertiaires, quaternaires), et d'éviter ainsi une duplication des actes et des démarches effectués. L'encadré suivant présente le réseau intégré selon la perspective de la clientèle.

LE RÉSEAU INTÉGRÉ, SELON LA PERSPECTIVE DE LA CLIENTÈLE[31]

- L'usager ne devrait pas avoir à répéter son histoire chaque fois qu'il rencontrera un nouveau professionnel ou lorsqu'il utilisera les services d'un nouvel établissement ou organisme.
- Il n'aura pas non plus à refaire les mêmes examens diagnostiques même s'il rencontre des médecins ou des professionnels différents à une étape ou l'autre de son cheminement clinique.
- Il ne sera pas utilisé comme l'outil de transmission des informations ni comme la personne responsable d'informer son médecin traitant ou son professionnel qu'il a eu une hospitalisation récente ou qu'il a subi des tests diagnostiques ou des interventions particulières, qu'on lui a prescrit une médication, qu'on lui a fait un traitement ou qu'il a été référé à un autre établissement ou organisme pour un service spécifique.
- Il ne sera pas maintenu dans un niveau de services en raison de l'incapacité d'un autre niveau à assurer sa prise en charge.
- L'usager aura un accès à un intervenant de soins primaire 24 heures sur 24.
- Il aura en main une information facile à comprendre sur la qualité des services et les résultats cliniques attendus afin de faire des choix informés sur les possibilités de traitements disponibles et les professionnels en mesure de répondre à ses besoins.
- Il pourra prendre un rendez-vous avec son médecin ou tout autre professionnel, ou pour un test diagnostique ou un traitement au moment du même appel téléphonique.
- Il aura accès à un plus grand choix de professionnels de soins de première ligne qui seront en mesure de lui accorder le temps qu'il a besoin.
- Dans le cas des personnes ayant un problème de santé chronique, elles seront contactées régulièrement afin de leur permettre de passer des examens préventifs et d'identifier les problèmes avant qu'ils ne surviennent; elles auront accès à des activités d'éducation leur permettant de suivre l'évolution de leur maladie et elles auront aussi accès à des services à domicile qui leur permettront de faire des apprentissages et ainsi de maintenir leur autonomie.

MODÈLE, STRATÉGIES D'INTÉGRATION ET FACTEURS DE SUCCÈS

La littérature regroupe les différentes dimensions d'un réseau intégré sous des concepts variant d'un auteur à un autre. Il n'en demeure pas moins que certains éléments analysés sont invariablement retrouvés sous un concept ou un autre.

Afin de bien illustrer les composantes et les stratégies d'intégration devant mener à la mise en place d'un réseau intégré, le modèle présenté par André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis est utilisé* (voir page suivante). La définition et la mise en place d'un réseau intégré doit d'abord mettre en relation trois (3) types de systèmes :

- **Un système collectif de représentations et de valeurs**
  Une vision, une culture, une stratégie et un leadership sont les piliers du réseau intégré à mettre en place. En fait, tout processus d'intégration implique l'existence de représentations et de valeurs partagées. Elles sont nécessaires pour que la gouverne commune et les projets cliniques soient reconnus comme légitimes par les différents acteurs[32].
- **Un système de gouverne et de gestion mis en œuvre pour les actualiser**
  Ce système est appuyé par un système de financement et un système d'information efficaces. Il repose sur une structure organisationnelle ayant établi les modes de collaboration et de coopération et redéfini les frontières, l'interaction et l'interdépendance des établissements, des organisations et des organismes impliqués.
- **Un système clinique**
  Celui-ci concerne les modalités de prise en charge des patients, les règles de bonnes pratiques, l'intégration des soins et services dans le temps, dans l'espace et entre les professionnels.

Pour qu'un réseau intégré puisse fonctionner de façon harmonieuse, il est nécessaire qu'il y ait cohérence entre les trois (3) systèmes énumérés ci-haut et des décisions et des engagements concrets doivent être pris en regard de ces trois systèmes. Divers leviers d'intégration doivent être utilisés pour créer et soutenir cette cohérence. Ces leviers sont les suivants :

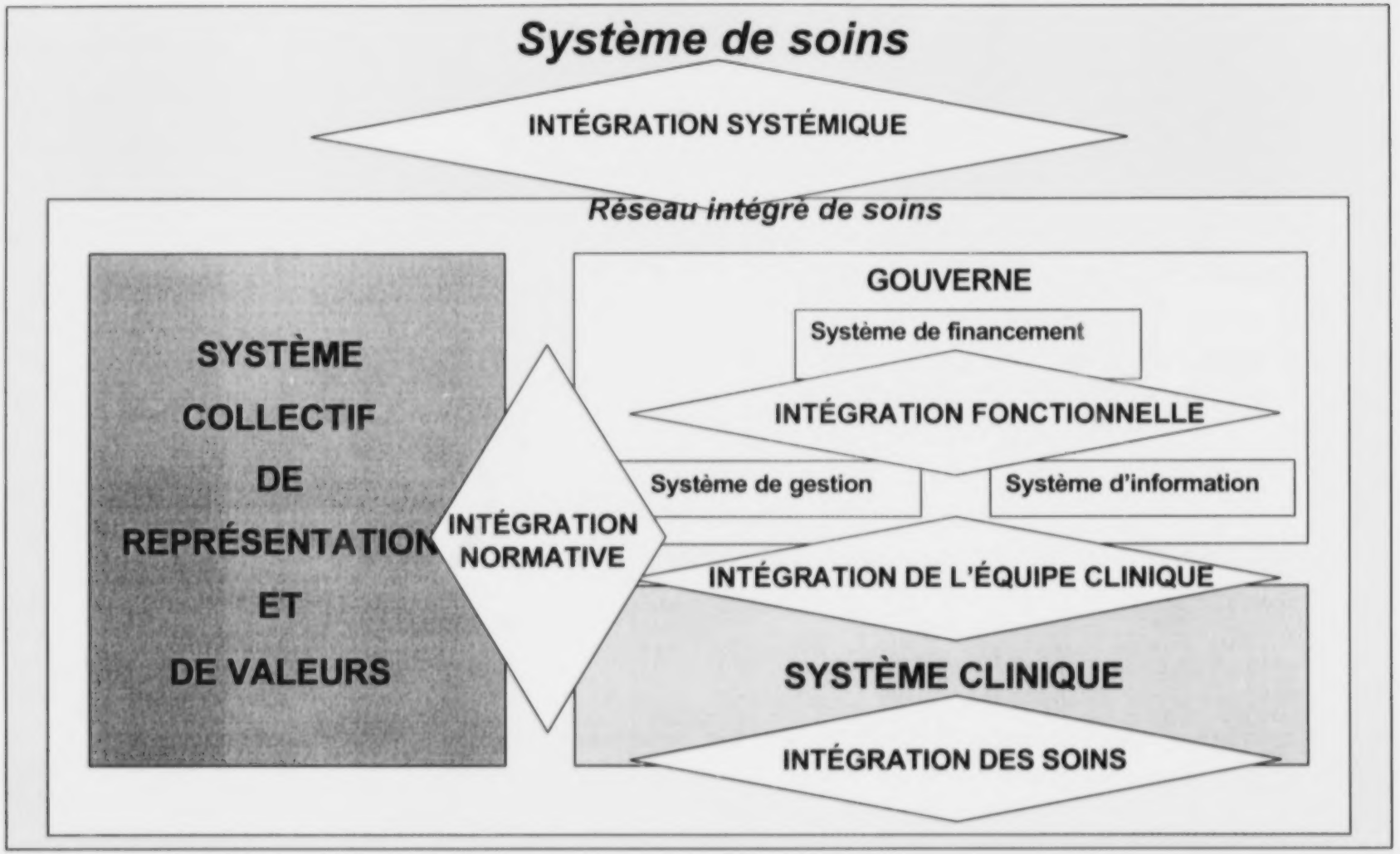
- intégration systémique,
- intégration normative,
- intégration fonctionnelle,
- intégration clinique, dont :
  - l'intégration des soins,
  - l'intégration des équipes cliniques.

La Figure 1 présente le modèle de réseau intégré de soins selon Contandriopoulos et Denis (2000) et illustre ces leviers d'intégration.

---

* Certains ajouts sont toutefois apportés au modèle proposé afin d'adapter la vision du modèle à nos besoins par l'inclusion des enseignements provenant de projets comme le SIPA, des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et des descriptions de composantes provenant d'auteurs tels Shortell, Drazen.

Figure 1



J.L. Denis – A.P. Contandriopoulos 2000

INTÉGRATION SYSTÉMIQUE

Un projet clinique devant répondre à la complexité et à l'incertitude des problématiques ne peut résulter d'une simple entente entre professionnels. « Il doit s'appuyer sur un ***cadre organisationnel et normatif*** propre à favoriser la coopération clinique »[33]. Les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins doivent donc être cohérents avec la dynamique du projet local.

Parmi les décisions les plus importantes à prendre, se retrouvent celles qui touchent la structure et les mécanismes qui régiront les relations entre les divers acteurs concernés. Ces mécanismes peuvent se caractériser par une formalisation pouvant évoluer de moins structurée à plus structurée selon qu'il s'agisse :

- D'ententes d'information mutuelle (coordination séquentielle) ;
- De consultations ;
- De concertations (coordination systémique) ;
- De partenariats (alliances stratégiques) ;
- Des fusions (avec intégration horizontale, voir annexe 1) ;
- Des fusions (avec intégration verticale ou systémique, voir annexe1).

Les impacts et les caractéristiques de chacune de ces formes d'intégration sont présentés sous forme d'une figure à l'annexe 3.

Marriott et Mable constatent qu'une forte tendance existe en faveur d'un forme d'**intégration virtuelle**. Ce type d'intégration favorise le maintien de l'autonomie, de l'intégrité et du pouvoir de chacun des acteurs impliqués mais peut comporter certains risques en regard de l'intégration organisationnelle nécessaire pour atteindre les objectifs fondamentaux du réseau intégré visé[34]. L'intégration virtuelle regroupe, en réseau, des organisations indépendantes, non reliées administrativement, dans le but commun d'assurer la prestation de services à une population ciblée. Ce processus implique l'utilisation de mécanismes de coordination aux niveaux interprofessionnel et interorganisationnel. L'intégration virtuelle, actualisée par des relations contractuelles, a l'avantage de permettre à chaque acteur concerné de s'adapter d'une façon autonome à un environnement changeant. La coordination se fait souvent par l'intermédiaire de paiements négociés et de garanties de performance[35].

Pour Leatt et collaborateurs, une intégration verticale (fusion) ayant des sous-unités bien unies par une mission et des buts communs et comportant une hiérarchisation claire offre le meilleur potentiel de coordination sous les conditions changeantes rencontrées par les organisations[36]. Cependant, cette opinion ne fait pas nécessairement consensus chez tous les auteurs consultés.

INTÉGRATION NORMATIVE

L'intégration normative est cruciale et constitue une des premières formes d'intégration à planifier et à réaliser. Elle vise à s'assurer qu'il y ait cohérence entre, le système collectif de représentations et de valeurs des acteurs, et simultanément, les modalités d'organisation du système intégré et clinique[37].

L'intégration normative permet aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués, tout en leur donnant un système commun de référence. Elle permet aussi de planifier la gouverne en fonction des exigences liées à la coopération et à sensibiliser les acteurs à l'interdépendance en évoquant l'importance d'une responsabilité collective dans la prise en charge des problèmes et des personnes souffrantes.

Elle implique des processus et des conditions de succès relatifs au changement de valeurs des individus, au changement de culture organisationnelle ainsi qu'à divers aspects touchant la gestion des ressources humaines.

Pour assurer l'intégration normative, plusieurs facteurs de succès sont jugés importants dans la littérature :

- La présence d'**un leadership fort** pour porter le plan stratégique et s'assurer de son exécution. Ce facteur est d'ailleurs nommé par la quasi totalité des auteurs. Des leaders, ayant une expertise en processus de changement, doivent *vendre* aux différents partenaires impliqués une vision et des attentes claires et transparentes de même qu'une compréhension commune de la stratégie proposée. Ces personnes doivent *préparer le terrain* en faisant la promotion de valeurs comme :
  - L'intégration des services et des systèmes doit s'appuyer sur les besoins de la communauté. Ainsi, on devrait commencer par intégrer les services de 1ère ligne qui en constituent une des pierres angulaires ;
  - L'intégration des services et des systèmes doit être centrée vers de meilleurs services aux personnes ;
  - Le processus doit être supporté par des personnes influentes localement (local stakeholders) ;
  - Le processus doit rechercher et conduire à des changements dans les systèmes afin de réduire les chevauchements entre les programmes ;
  - Il doit y avoir une volonté évidente de partenariat et une intention de développer des liens entre les établissements spécialisés et les établissements et organismes de première ligne.
- **La nécessité de convaincre les intervenants** de chacun des secteurs impliqués dans l'intégration, plus précisément les leaders formels et informels, du bien-fondé de la démarche d'intégration en les impliquant, dès le départ dans la démarche.
- **Le besoin de développer une culture « réseau »** pour remplacer la culture « établissement ». Avec le temps, les gestionnaires et les intervenants devraient avoir le réflexe de penser réseau et non pas établissement, du moins pour les fonctions essentielles à la bonne marche du système. Il faut **développer un sentiment d'appartenance** au réseau intégré de même qu'une culture de coopération entre les divers groupes de professionnels.
- Développer une **culture clinique orientée vers l'apprentissage de nouvelles méthodes, la rétroaction continue face aux objectifs d'intégration et la volonté de changer, de s'approprier la responsabilité de la clientèle cible du réseau intégré.**

INTÉGRATION FONCTIONNELLE

Cette intégration consiste à créer une gouverne commune pour prendre les décisions et assumer la responsabilité du réseau. Elle vise à relier et à articuler de façon cohérente respectivement les systèmes **de financement, de gestion,** et **d'information** des partenaires dans l'optique du réseau intégré. Toutes les composantes touchant les activités et les fonctions n'ont pas à être intégrées pour permettre de procéder à l'avancement de l'intégration des soins et services.

L'intégration fonctionnelle exerce un rôle sur l'intégration des fonctions clés et des activités de support comme la gestion financière, la gestion des ressources, la planification stratégique, la gestion informationnelle, le marketing et la gestion de la qualité. Elle influence aussi la coordination entre les unités opérationnelles dans une perspective de valeur totale ajoutée au système[38]. Une structure de gestion et de gouverne efficace renforcera la performance d'un réseau intégré[39].

On a constaté, suite à l'évaluation de plusieurs systèmes intégrés, que les intégrations les plus importantes se situaient au niveau de la gestion financière, des politiques opérationnelles et des systèmes d'information[40]. Par ailleurs, toutes les composantes touchant les activités et les fonctions n'ont pas à être intégrées pour permettre de procéder à l'avancement de l'*intégration clinique*[41].

Les éléments essentiels de l'intégration fonctionnelle touchent les points suivants :

- **La gouverne :**

  Le terme gouverne réfère à « la manière dont les décisions sont prises et mises en œuvre dans des réseaux sociaux et administratifs »[42]. Dans cette optique, les décisions sont prises pour l'ensemble du réseau par une seule entité décisionnelle. La gouverne implique de la part de ses parties constituantes, **un engagement continu** et **une responsabilité conjointe** à chaque étape du processus d'implantation et d'opérationnalisation d'un réseau intégré.

  Pour établir un plan de gouverne d'un réseau intégré, il faut d'abord résoudre deux questions clés : 1) déterminer le degré d'autonomie qu'aura chaque système en matière de services, de budget, de personnel, de clientèle adhérente et 2) s'assurer du maintien d'un équilibre entre les valeurs et les intérêts des parties prenantes directes ou internes telles que les « fournisseurs » de soins et celles des parties prenantes externes, soit la collectivité en général[43].

  À ce jour, il ne semble pas y avoir de modèle unique de gouverne pour les réseaux intégrés de services. Ce modèle est trop récent pour permettre une conclusion quant au type de gouverne à privilégier[44]. Celui-ci variera selon les particularités des milieux, des problématiques et des clientèles visées. Certains modèles actuellement en cours d'expérimentation pourront influencer l'élaboration de modèles de gouverne des nouveaux réseaux intégrés*. Les experts[45] énumèrent cependant un certain nombre de principes à respecter pour la détermination d'un modèle de gouverne :

---

* En référence aux modèles de Mauricie Bois-Francs, projet SIPA, Projet de la MRC du Haut-St-Laurent, Projet du comité local de concertation des services aux personnes aînées de la MRC de la Région Sherbrookoise.

- Situer la prise de décision là où le travail se fait ;
- Adopter un cadre de référence flexible, inclusif et comportant une vision à long terme partagée par l'ensemble des acteurs concernés ;
- Utiliser une approche pluraliste c'est-à-dire une approche qui tienne compte des particularités des milieux d'interventions (ex. : milieu rural vs milieu urbain) ;
- Favoriser l'instauration de mécanismes de coordination dans les territoires géographiques où on retrouverait une application parallèle de réseaux intégrés. Ce rôle de coordination devrait être assuré par une instance régionale telle que la Régie régionale, tout au moins au début du processus.

Par ailleurs, quatre (4) éléments doivent être considérés pour déterminer un modèle de gouverne[46] :

- Le contrôle : Entité décisionnelle centralisée ou décentralisée ;
- La structure : Structure centralisée ou décentralisée ;
- Le fonctionnement : Délimitation des pouvoirs de l'entité décisionnelle ;
- La composition : Forme représentative ou non représentative.

- Une **gestion administrative** unifiée :

Afin de réaliser l'intégration fonctionnelle, il est d'abord nécessaire de s'assurer de la présence de liens solides entre le domaine administratif et clinique. De plus, il importe de désigner l'autorité ou les personnes responsables de gérer les ressources et de vérifier la qualité d'ensemble de l'organisation[47]. Une gestion unifiée implique donc :

- *Des mécanismes de concertation.* Ils doivent reposer sur la collaboration des professionnels, des gestionnaires des établissements et des représentants des organismes communautaires dans la planification et la gestion des ressources et des services. Ils doivent aussi tenir compte des considérations cliniques et administratives pour la gestion des réseaux de services intégrés.
- *Un responsable de la gestion des ressources.* Les orientations ministérielles suggèrent que chaque Régie régionale détermine les modalités organisationnelles les plus appropriées pour son territoire et désigne une entité responsable. Celle-ci doit s'assurer du fonctionnement du réseau de services intégrés et doit gérer l'utilisation des ressources.

- Un **système de financement** spécifique :

Un budget doit être alloué spécifiquement afin de soutenir l'établissement et le fonctionnement des réseaux. Associé à la responsabilité de population, le budget donnera la possibilité réelle d'orienter l'utilisation des services vers une plus grande efficacité. Le budget sera administré par une seule autorité, qui sera également responsable de la gestion du réseau de services intégrés. Il faut prévoir également des modes de gestion budgétaire facilitant l'intégration des services.

Le mode de financement suggéré par plusieurs auteurs en regard des réseaux intégrés est celui de la capitation. Citons comme exemple, « Le projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-St-Laurent ». Il y est proposé que le montant du paiement moyen corresponde au per capita provincial ajusté en fonction des caractéristiques démographiques,

socio-économiques et épidémiologiques de la population ciblée. Cependant, cette modalité de financement reste à évaluer dans le contexte estrien.

- Un **système d'information intégré :**

  Il contribue à une distribution efficace des soins, à la gestion du réseau, à son évaluation et à l'évaluation des impacts sur la santé des individus et de la population. Ce système regroupe les données sur la clientèle, le processus de soins, les services prescrits et reçus, ainsi que leurs coûts, les intervenants concernés, etc.[48]

La réussite de l'intégration fonctionnelle repose sur plusieurs facteurs. Ceux qui reviennent le plus souvent parmi les auteurs consultés sont les suivants :

- **Une structure et un processus rationalisés de gouverne** qui permettent aux bonnes personnes de recevoir l'information pertinente au bon moment pour prendre les bonnes décisions. À ce jour, il semble ne pas y avoir de modèle unique de gouverne. Par exemple, en Mauricie-Bois Francs, on a mis en place trois niveaux interdépendants de planification (stratégique, tactique, opérationnel) pour la coordination des services aux aînés ;
- **L'élaboration d'un plan stratégique**, soit un plan qui détaille les objectifs poursuivis et les activités nécessaires pour les réaliser. Idéalement, le plan devrait être basé sur les besoins de la population ciblée ;
- **Une redéfinition des pratiques et des habiletés de gestion** en fonction de l'intégration et du continuum de services ;
- **L'intégration des médecins à la structure de gouverne**, lesquels exercent un leadership fort auprès de leurs pairs ;
- **La mise en place d'indicateurs de performance** autant pour la reddition de comptes que pour la rétroaction ;
- **La mise en place d'un système de financement basé sur les besoins des populations** plutôt que sur la structure. L'objectif serait d'éliminer l'allocation des ressources en «silos». Ce système de financement devrait aussi prévoir des **budgets suffisants pour financer les projets de changement et les coûts liés au fonctionnement** ;
- **La mise en place d'un système pour monitorer et évaluer les résultats** des actions posées, et rendre ces résultats publics.
- **La mise en place d'un programme global d'amélioration continue de la qualité** ou encore **des programmes communs de formation** qui contribuent efficacement à renforcer l'intégration des services. Ce type d'activités permet d'établir une vision et une culture communes, de mettre l'accent sur les *liens* entre les processus et de réunir du personnel de secteurs différents autour d'une problématique commune. À ce titre, la *participation* des milieux de recherche est vue comme un gage de succès supplémentaire.

INTÉGRATION CLINIQUE

Selon Contandriopoulos et Denis[49], il est avantageux de traiter l'intégration clinique en différenciant deux aspects fondamentaux, celui des soins et celui des équipes distribuant les services.

L'intégration des soins[†] *et des services*

L'intégration des soins et des services consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne souffrante (dans une perspective bio-psychosociale). Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins et des services cliniques, autrement dit, à assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans les différents lieux ou organisations s'articulent dans le temps aux besoins spécifiques de chaque personne souffrante compte tenu des connaissances disponibles. Selon la nature des problèmes et leur évolution, la coordination devra être plus ou moins développée. La coordination collective[*] apparaît être la forme la plus souhaitable pour répondre à des problèmes complexes et chroniques.

L'intégration des équipes cliniques

L'intégration des équipes cliniques a deux dimensions :

- La première, concerne la constitution d'équipes professionnelles mutidisciplinaires (médecins, infirmières, personnel psychosocial, éducateurs spécialisés, autres professionnels, intervenants communautaires). Ces équipes sont un pré-requis à une offre de soins continue et globale qui, tout en étant stable dans le temps, s'adapte à l'évolution des problèmes ;
- La deuxième, porte sur l'articulation de ces équipes à la structure du réseau; entre autres, en permettant l'intégration des médecins généralistes et spécialistes au réseau. La participation active des médecins aux équipes cliniques est une condition de réussite de l'intégration des services.

La littérature nous fournit des éléments bien précis en regard de ces deux aspects d'intégration clinique. Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*[50] et le projet SIPA constituent des sources importantes d'enseignements.

Pour soutenir l'implantation et le fonctionnement des réseaux intégrés, il est suggéré la mise en place :

- *De mécanismes d'accès bien définis en fonction de la clientèle ciblée, tel le guichet unique du projet SIPA*[51]. **La notion de guichet unique ne signifie pas que le traitement d'une demande relève d'un seul établissement dans un milieu donné** mais bien que la demande soit traitée dans un lieu ou dans un contexte unique relié à un territoire spécifique, indépendamment du niveau de soins ou de services requis ou du type d'établissement ou d'organisme susceptible de répondre à la demande de services et sous l'égide d'un comité regroupant les différents établissements concernés.

- *De mécanismes d'information standardisés.*

[†] Le terme intégration des soins a été conservé pour respecter l'idée des 2 auteurs consultés. Il serait cependant plus juste de parler d'intégration des services cliniques puisque le terme soins réfère davantage à la notion de soins médicaux ou de soins infirmiers et peut exclure les interventions de nature psychosociale et communautaire.

[*] La coordination collective : l'usager peut recevoir simultanément des services et soins de plusieurs organisations ou professionnels. La coordination est sous la responsabilité d'une personne ou d'une équipe.

- *D'un système d'évaluation pour éviter la multiplication des interventions.* Ce système doit permettre :
  - ✓ D'empêcher la double collecte d'information par les cliniciens grâce à un outil d'évaluation qui fournira un tronc commun de données standardisées.
  - ✓ D'inclure toute l'information permettant d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la personne, fournie par des outils complémentaires tels que le dossier de l'usager et des grilles d'évaluation (par exemple celles qui mesurent les fonctions cognitives pour les personnes âgées).
  - ✓ De traduire l'évolution de la situation de la personne.
  - ✓ D'effectuer la classification des besoins pour établir des profils types et ainsi contribuer à orienter les personnes vers les ressources les plus appropriées, y compris lorsqu'il s'agit d'un milieu d'hébergement substitut.
  - ✓ De relier efficacement les professionnels du réseau de services intégrés.
- *De systèmes de communication* pour relier efficacement les professionnels du réseau de services intégrés

En regard de la distribution des services et des soins, il est préconisé de mettre en place les mécanismes suivants :

- *La gestion de cas.* Celle-ci exige qu'un responsable s'assure de la continuité des services. Il s'agit d'un processus clinique dont l'application doit être adaptée en fonction de la situation de la personne, mais également selon l'évolution des circonstances, selon l'engagement des proches et du médecin traitant et selon les rôles des différents membres de l'équipe. Ce processus est sous la responsabilité d'une personne qu'elle soit *intervenant pivot ou gestionnaire de cas* et qui se porte garante de la continuité des soins et des services[52].

- *Une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire*[53]. Celle-ci voit principalement à l'évaluation des besoins, à la prestation des services et au suivi de la personne souffrante. Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* et SIPA[54] donnent de bons exemples d'équipes multidisciplinaires.

- *L'intégration médicale et une participation active des médecins.* Pour Shortell *et al*[55], la participation des médecins dans les réseaux intégrés est cruciale et constitue souvent la pierre d'achoppement, d'où l'importance de traiter spécifiquement cette intégration. L'**intégration médicale** est considérée en fonction du degré avec lequel les médecins :
  - sont économiquement liés avec le système,
  - utilisent les ressources et services du système et participent activement dans la planification, la gestion et la gouverne,
  - sont en accord avec la mission et les buts du système ou réseau intégré,
  - travaillent à l'atteinte des objectifs communs.

  Plus spécifiquement, l'engagement des médecins de première ligne auprès des individus et de la population à desservir permet souvent un accès plus rapide aux services médicaux de base. Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* précisent qu' « Il est impératif de faciliter cet accès pour éviter d'avoir recours

aux services médicaux en milieu hospitalier. L'instauration graduelle de groupes de médecine de famille viendra également favoriser l'implication de médecins omnipraticiens auprès des personnes »[56].

- *Une équipe qui assure une intervention plus ponctuelle ou spécialisée*

  En plus d'offrir des services spécialisés pour les clientèles cibles déterminées par leur mission spécifique, les équipes rattachées aux établissements spécialisés devraient agir également comme consultantes auprès des intervenants locaux une fois l'intervention spécialisée terminée ou encore pour contribuer à l'évaluation et l'orientation de la clientèle, ceci afin de s'assurer d'une utilisation judicieuse des services et d'assurer une transition efficace entre les services spécialisés et les services de première ligne, bref afin de favoriser la présence réelle d'un continuum de services.

FACTEURS DE SUCCÈS

L'intégration clinique doit être l'élément central du plan d'affaires de tout réseau intégré. Toutes les stratégies doivent être mises en œuvre pour que les acteurs passent des paroles aux actes. La réussite de cette intégration repose également sur plusieurs facteurs. Ceux qui reviennent le plus souvent parmi les auteurs consultés sont les suivants :

- **Une gamme suffisante de services de base** avec toutes ses composantes **et accessibles** dans la communauté;
- Un **plan d'actions spécifique à l'intégration clinique (implantation), mené par une personne responsable**, doit être établi. Ce plan s'appuie sur un **portrait sociosanitaire et des besoins de la population cible**, fixe les priorités d'actions, alloue les ressources et permet d'évaluer les résultats obtenus pour apporter les correctifs nécessaires.
- **Des outils et des façons de faire doivent être développés pour coordonner la progression du client à travers les services et assurer la continuité des services** : Protocoles d'entente entre établissements ou services, guichet unique, gestion de cas (équipe de gestionnaires de cas), instructions standardisées au client, dossier clinique informatisé en temps réel, plan de services individualisé, équipe multidisciplinaire, etc.
- Le personnel impliqué dans l'intégration clinique devrait recevoir régulièrement un **retour d'information sur le suivi des objectifs du plan d'actions**.

Plus spécifiquement en regard de l'intégration médicale

Selon les auteurs consultés, l'intégration des médecins dans les réseaux intégrés constitue souvent la pierre d'achoppement, d'où l'importance d'énoncer des facteurs de succès spécifiques à ce volet. À ce chapitre, les facteurs qui ressortent des auteurs consultés sont les suivants :

- **Des ententes garantissant l'autonomie décisionnelle** des médecins dans leur pratique ;
- Des **modes de rémunération** pour intéresser les médecins à s'investir auprès d'une clientèle cible, peut-être plus demandante en termes de temps ;
- Des **changements dans la pratique médicale** pour une pratique axée sur des protocoles d'interventions et de référence. Une pratique médicale qui doit aussi s'appuyer sur les besoins et la **réduction des risques à la santé de l'ensemble de la clientèle cible** et pas seulement sur ceux du client pris individuellement. Une telle pratique est ouverte à la prévention et promotion de la santé même si la résultante peut être une réduction de clientèle pour des traitements curatifs ;
- Un programme d'amélioration continue de la qualité pour modifier les pratiques médicales au besoin. Cette activité devrait faire partie d'une programmation globale réunissant plusieurs groupes d'intervenants.

ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de l'implantation, du fonctionnement, des résultats et des impacts d'un réseau intégré de services en regard d'une clientèle ciblée ou de la communauté constituent, sans contredit, une dimension importante relevée par l'ensemble des auteurs consultés et même un facteur de réussite pour plusieurs[57,58,59,60]. Ainsi, la mise en place d'un mécanisme structuré de suivi et d'évaluation permet des ajustements continus et l'assurance que les effort consentis et les actions posées vont dans la bonne direction et produisent les effets escomptés.

Leggat et Leatt cités par Howard *et al*[61] proposent une série de questions clés eu égard à l'évaluation des réseaux intégrés de services :

1. Dans quelle mesure le réseau intégré a-t-il amélioré l'**accès aux services** pour la population cible ?
2. Dans quelle mesure les services sont-ils **intégrés** ?
3. Est-ce que l'**information** circule adéquatement entre les acteurs du réseau ?
4. Est-ce que le réseau améliore la **satisfaction** des clients, des dispensateurs de services, et du personnel ?
5. Est-ce que le réseau améliore l'**efficience** des services ?
6. Est-ce que le réseau améliore l'**utilisation des services** ?
7. Est-ce que le réseau a été **structuré** pour supporter les dispensateurs de soins a atteindre les objectifs ?
8. De quelle façon le réseau monitore-t-il et améliore-t-il la **dispensation des services** à travers le système ?
9. De quelle façon le réseau a-t-il développé et maintenu les **liens entre établissements** afin de répondre aux besoins de la population cible ?

Quoique très générales, ces questions ont l'avantage de fournir un cadre ciblant à la fois les diverses caractéristiques des réseaux intégrés et leurs facteurs de succès (ex. : la structure, les liens entre les établissements, l'information) ainsi que les effets escomptés en regard des services (ex. : accessibilité, efficience) et de la clientèle (ex. : satisfaction, état de santé). Pour les auteurs[62], le cadre d'évaluation retenu doit considérer le réseau intégré de services dans son ensemble et retenir des indicateurs de performance pertinents et utiles à l'ensemble des acteurs (gestionnaires, intervenants, clientèle).

Sur la scène québécoise, un certain nombre de projets de réseaux intégrés font actuellement l'objet d'évaluation avec le soutien de fonds de recherche. Ainsi, concernant le SIPA, l'évaluation proposée porte sur trois aspects qui rejoignent les questions de Leagatt et Leatt : 1) les effets du programme et activités sur la population âgée du territoire qu'il dessert et sur sa clientèle; 2) la qualité des soins et des services qu'il a prescrits quel que soit l'organisme pourvoyeur; 3) son fonctionnement administratif[63]. Un accent particulier est cependant mis sur l'élément fondamental des activités du SIPA, soit la qualité des soins et des services. Pour ce qui est du « Mécanisme de coordination géronto-gériatrique des Bois-Francs »[64], l'évaluation porte

d'une part sur l'implantation et le processus et d'autre part sur les effets et les coûts. Un accent est mis cette fois sur un volet particulier, soit l'évaluation de l'implantation du DCI (Dossier clinique informatisé) en regard de l'utilité perçue et l'utilité réelle.

Dans un document de travail sur un réseau de services de base intégrés, la Régie régionale du Bas St-Laurent[65] recommande deux modalités d'évaluation : 1) une évaluation de type micro, liée à certains services ou programmes spécifiques et permettant de connaître périodiquement (1 à 2 ans) à l'échelle locale et régionale les ressources humaines et matérielles investies, les caractéristiques de la clientèle rejointe et les services dispensés; 2) une évaluation de type macro, liée à un ensemble de services ou de programmes réalisée uniquement régionalement (aux 5 ans) et permettant de répondre aux questions suivantes :

- ⇨ Offre-t-on les services recommandés au panier de services (services offerts et services utilisés) ?
- ⇨ Les services sont-ils suffisamment **accessibles** (accessibilité horaire et géographique et temps d'attente) ?
- ⇨ Les services sont-ils de **qualité** (mécanisme d'évaluation de la qualité professionnelle et de la satisfaction de la clientèle) ?
- ⇨ Les services sont-ils offerts selon une **approche globale** (utilisation de PSI) ?
- ⇨ Les services sont-ils offerts **en continuité** (mécanisme de coordination et de transmission d'information entre groupes de professionnels et entre établissements) ?
- ⇨ Les services sont-ils **orientés vers la communauté** (modalités d'offre de services et satisfaction de la clientèle) ?
- ⇨ Les services sont-ils **efficients** (système de données sur les clientèles et analyses des clientèles rejointes vs ciblées) ?

Dans un document confidentiel produit par une Régie régionale sur l'expérimentation et l'évaluation d'un réseau intégré de services pour une problématique spécifique, il est intéressant de constater que les chercheurs, en plus de suggérer l'évaluation du degré de mise en œuvre du réseau intégré et de sa performance (satisfaction des professionnels et des patients, qualité de vie des patients, qualité des soins, utilisation des ressources) se proposent d'évaluer les déterminants des relations intra organisationnelles (ex. : environnement, leadership, confiance) et des relations inter organisationnelles et de la gouverne (caractéristiques organisationnelles, personnelles, professionnelles et interactionnelles).

Une fois l'ensemble des objets de suivi et d'évaluation définis dans leur ensemble, il reste encore plusieurs questions à débattre : Quels sont les objets qui doivent être minimalement retenus (ex. : les facteurs de succès) ? Qui est responsable de l'évaluation[56] ? Comment sont choisis les indicateurs de performance ? Qui et comment est recueillie l'information pertinente ? À qui est-elle transmise et à quelle fréquence ? Autant de questions qu'il faut considérer avant même l'implantation d'un réseau de services intégrés.

ANNEXES

ANNEXE 1

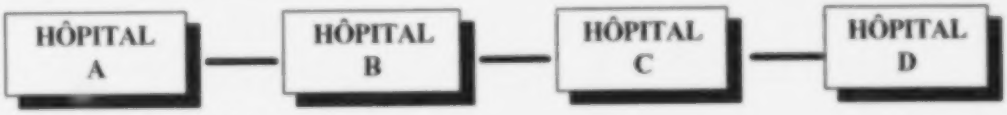
Intégration verticale et horizontale

Intégration horizontale

L'intégration horizontale représente une affiliation d'organisations qui fournissent des services similaires[66]. Elle est constituée d'un ensemble d'activités consolidées et de services semblables dispensés dans un même secteur de soins ou de services tel celui des hôpitaux de soins aigus. Les bénéfices reliés à ce type d'intégration sont en regard des économies d'échelle, du partage des dépenses de gestion et de la fonction support à une entité organisationnelle élargie, d'une offre de services mieux coordonnée et de la réduction des duplications inutiles, libérant ainsi des ressources à d'autres fins[67]. Elle précède souvent l'intégration verticale.

Exemple d'intégration horizontale

UNE AFFILIATION D'ÉTABLISSEMENTS QUI OFFRENT LE MÊME TYPE DE SOINS



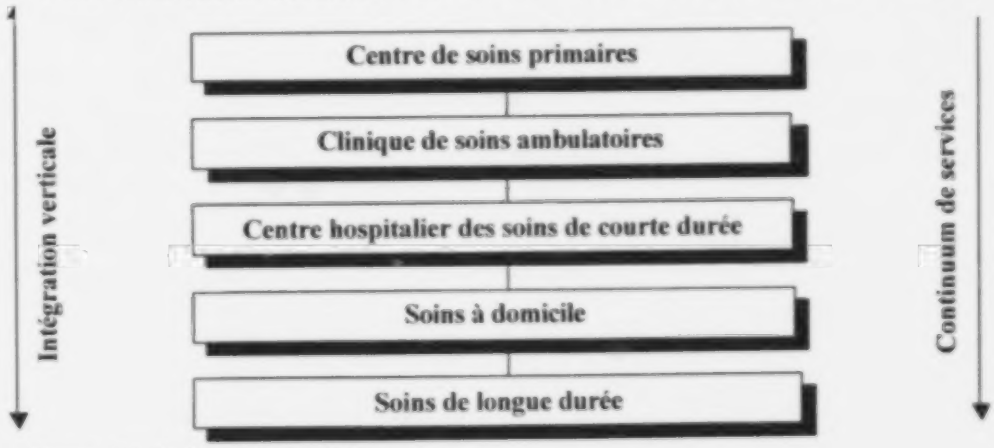
Source : Ontario Hospital Association

Intégration verticale

L'intégration verticale réfère à la consolidation et à l'union de secteurs différents mais interdépendants sous une même organisation. Citons, à titre d'exemple, une organisation composée d'un hôpital, de divers services de soins aigus dont les services de médecins omnipraticiens et spécialistes, des soins de longue durée, de soins à domicile, etc. Les bénéfices sont, en plus de ceux de l'intégration horizontale, d'obtenir une coordination améliorée à l'intérieur et entre les secteurs, les services et les sites, de créer un « leadership » à un niveau plus global de système (et non individuellement de chaque partie) et d'offrir des incitations plus constantes et cohérentes à tous les niveaux rencontrés[68].

Exemple d'intégration verticale

DES ORGANISATIONS QUI OFFRENT DIFFÉRENTS NIVEAUX ET DIFFÉRENTS TYPES DE SOINS



Source : Ontario Hospital Association

ANNEXE 2

Comparaison des concepts d'autonomie, de coordination et d'intégration

	AUTONOMIE	COORDINATION	INTÉGRATION
Information	Circule principalement dans le même groupe de partenaires.	Circule activement entre différents groupes de partenaires.	Oriente les différents partenaires à la réponse des besoins ciblés d'un commun accord.
Vision du système	Influencée par la perception et possiblement les intérêts personnels de chaque partenaire.	Basée sur un engagement commun des partenaires à l'amélioration de la performance du système.	Une valeur de référence commune, rendant chaque partenaires plus responsable « socialement ».
Utilisation des ressources	Essentiellement pour rencontrer les objectifs de chacun des parties impliquées.	Fréquemment pour assurer la complémentarité et un renforcement mutuel.	Utilisée selon un cadre commun de planification, d'organisation et d'établissement d'activités.
Processus décisionnel	Processus décisionnel indépendant et coexistant.	Processus consultatif.	Les partenaires délaissent une partie de leur autorité au profit d'un processus décisionnel unique, propre à eux.
Partenariat	Chaque groupe a ses propres règles et recherche à l'occasion le partenariat.	Coopération existe pour la durée du projet.	Partenariat institutionnalisé supporté par une mission bien identifiée et/ou des ententes légales.

Boelen, Charles, , Towards Unity for Health, Challenges and Opportunities for Partnership in Health Developpement, A working paper. Organisation mondiale de la santé. Genève 2000, p. 26.

ANNEXE 3

Les formes d'intégration

FORMES D'INTÉGRATION	Degré de formalisation de l'intégration	Complexité des relations entre les acteurs (organisations)	Étendu du domaine couvert par l'intégration	Perte d'autonomie des acteurs	Degrés d'interdépendance	Irréversibilité du processus d'intégration	Stabilité du processus d'intégration	Difficulté de mise en oeuvre
• Entente d'information mutuelle (coordination séquentielle)	---	---	--	---	--	---	---	---
• Consultation	--	--	--	--	-	---	---	---
• Concertation (coordination systémique)	+	-	?	-	++	--	--	--
• Partenariat (alliances stratégiques)	++	+++	+++	+	++	-	-	+
• Fusion (avec intégration horizontale)	+++	++	+	+++	+	+++	+++	++
• Fusion (avec intégration verticale ou systémique)	+++	++		+++	+++	+++	++	+++

BIBLIOGRAPHIE

[1] Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec (Québec), Ministère de la santé et des services sociaux, p. 22.

[2] Contandriopoulos, André-Pierre (1999). *Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? Quelques idées sur la transformation des systèmes de santé*. Notes préparées pour la conférence du 24 mars 1999 « Le managed care et les NOPS » organisée à Lausane par le Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud.

[3] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 13.

[4] Howard, D.C. P., P.A. Howard, K. Fassbender, L.A. McCaffrey & R. Thornley (2000). *Alberta Primary Health Care : Six National Dimensions of Inquiry*, Alberta, Howard Research and Instructional Systems inc., p. 19.

[5] Carbonneau, M., Émond, A. *Rapport régional de l'Enquête sociale et de santé 1998. Les résultats en Estrie*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, novembre 2000, pp. 185-186.

[6] Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*. Gouvernement du Québec, décembre 2000. 410 p.

[7] Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.P., Brunelle, Y., Tousignant, P., Kaufman, T., Lespérance, K.et Leibovich, E. (1998). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, Communication présentée au 6e Congrès International Francophone de Gérontologie de Genève, Suisse.

[8] Le Vérificateur général du Québec (1998). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1997-1998*, Tome II, chapitre 4, Gestion des services sociaux offerts aux jeunes, 27 p.

[9] Denis, J.L., Lamothe, L., Langley, A. & A.Valette. (1999). *The Struggle to Redefine Boundaries in Health Care systems* in *Restructuring the Professional Organisation. Accounting, Health Care and Law*, Brock, David, Michael Powell et C.R. Hinings éditeurs, p. 106.

[10] Durand, P.J., Lemay, A., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., *Développement et implantation d'un système de prix de revient pour un réseau intégré de services avec une coordination par gestion de cas. Méthodologie du calcul des coûts et résultats de l'évaluation des coûts*. Présentation sur acétates le 5 juin 2001 à Drummondville, réunion du groupe PRISMA, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

[11] Drazen, E. & S. Nelson sous la dir. de Drazen et Metzger (1999). *Strategies for Integrated Health Care : Emerging Management and Cross-Continuum Care*, San Francisco : Jossey-Bass, p. 8.

[12] Leatt, P., Pink, G.H. & M. Guerriere (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Heath Care, *Healthcare Papers*, vol. 1, no 2, p. 14.

[13] Ontario Hospital Association (1998). *Health Networks* : Seven Case Studies : A Description and Preliminary Analysis, Toronto (Ontario), OHA., p. 4 et 7.

[14] Opus cit.

[15] Contandriopoulos, A.P. et J.L. Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

[16] Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working Together*. London : Sage 1993.

[17] Boelen, C. (2000). *Towards Unity for Health : Challenges and Opportunities for Partnership in Health Developpement. A working paper*, Genève, Organisation mondiale de la santé, p. 25.

[18] Contandriopoulos, A.P. et J.L. Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

[19] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (1996). *Remaking Health Care in America* : Building Organized Delivery Systems, San Francisco, Jossey-Bass.

[20] Larivière, Claude (2001). *Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation*, Document de travail non publié à ce jour et rédigé dans le cadre d'une recherche financée par l'Association des Centres jeunesse du Québec et l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

[21] Opus cit.

[22] Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Sicotte, C., Touati, N., Rodriguez, C.et H. Nguyen (2001) *Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-St-Laurent*, Document QC 431 présenté au secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Tome 2, p. 8.

[23] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 13.

[24] Leatt, P., Pink, G.H. & D.Naylor (1995). Integrated Delivery Systems : Has their time come in Canada ? *Canadian Medical Association Journal*, no 154 (6), p. 803-809.

[25] Howard, D.C.P., P.A. Howard, K. Fassbender, L.A. McCaffrey & R. Thornley (2000). *Alberta Primary Health Care : Six National Dimensions of Inquiry*, Alberta, Howard Research and Instructional Systems inc., p. 22.

[26] Boelen, C. (2000). *Towards Unity for Health : Challenges and Opportunities for Partnerssship in Health Developpement. A working paper*, Genève, Organisation mondiale de la santé, p. 31.

[27] Comité local de concertation des services aux personnes ainées, MRC de la Région Sherbrookoise (2001). *L'implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes ainées, Sherbrooke, 193 p.*

[28] Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Sicotte, C., Touati, N., Rodriguez, C.et H. Nguyen (2001) *Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-St-Laurent*, Document QC 431 présenté au secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Tome 2, p. 8.

[29] Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec (Québec), Ministère de la santé et des services sociaux, p. 22.

[30] Leatt, P., Pink, G.H. & M. Guerriere (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Heath Care, *Healthcare Papers*, vol .1, no 2, p. 14.

[31] Opus cit, p. 14.

[32] Contandriopoulos, A.P et J.L.Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

[33] Opus cit.

[34] Marriott, J. & A.L. Mable (2000). Integrated Health Organizations in Canada : Developing the Ideal Model,. *Health Care Papers*. New Models for the New Health Care, Vol. 1. no 2., p. 85.

[35] Leatt, P., Pink, G.H. & M. Guerriere (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Heath Care, *Healthcare Papers*, vol. 1, no 2, p. 23.

[36] Opus cit, p. 23.

[37] Contandriopoulos, A.P et J.L.Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

[38] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 31.

[39] Forest, P.G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J. et P. Lamarche (1999). *Questions en matière de gouvernance des systèmes de santé intégrés. Résumé*. La Fondation canadienne de la recherche sur les services en santé.

[40] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 32.

[41] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 31.

[42] Forest, P.G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J. et P. Lamarche (1999). *Questions en matière de gouvernance des systèmes de santé intégrés. Résumé*. La Fondation canadienne de la recherche sur les services en santé.

[43] Opus cit.

[44] Opus cit.

[45] Forest, P.G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J. et P. Lamarche (1999). *Issues in the Governance of Integrated Health Systems. Questions en matière de gouvernance des systèmes de santé intégrés. Library Series*. La Fondation canadienne de la recherche sur les services en santé, p. 3.

[46] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 189-190.

[47] Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec (Québec), Ministère de la santé et des services sociaux, p. 26.

[48] Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Sicotte, C., Touati, N., Rodriguez, C.et H. Nguyen (2001) *Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-St-Laurent*, Document QC 431 présenté au secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Tome 2, p. 10.

[49] Contandriopoulos, A.P. et J.L.Denis (2001). *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*. Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

[50] Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec (Québec), Ministère de la santé et des services sociaux, p. 23.

[51] Opus cit, p. 23.

[52] Opus cit, p. 24.

[53] Comité consultatif sur le cancer (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec (Québec) Ministère de la santé et des services sociaux.

[54] Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.P., Brunelle, Y., Tousignant, P., Kaufman, T., Lespérance, K.et Leibovich, E. (1998). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, Communication présentée au 6e Congrès International Francophone de Gérontologie de Genève, Suisse, p. 6.

[55] Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, A., Erickson, K.A. & J.B. Mitchell (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco, Jossey-Bass,p. 28 et 67.

[56] Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec (Québec), Ministère de la santé et des services sociaux, p. 25.

[57] Paul A. Lamarche, *Intégration et continuité de soins : Perspectives québécoise*. Mémoire présenté dans le cadre du forum sur l'organisation des services et de la gouverne dans le cadre de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux. 18 septembre 2000. 12 p.

[58] Bergman, Howard et al. Opus cit. p. 8

[59] Leatt, P. et al. *Toward a Canadian Model of Integrated Health Care*, Healthcare Papers, 2000, vol. 1, no 2, p. 30.

[60] Gatien, C. *Présentation de l'expérience de l'Outaouais en santé mentale* dans le cadre d'un Lac-à-l'épaule « L'Estrie : Des forces favorisant la création d'un véritable réseau de services à la population » de la Table de concertation Établissements/Régie. 11 et 12 janvier 2001.

[61] Howard, D.C. P., P.A. Howard, K. Fassbender, L.A. McCaffrey & R. Thornley (2000). *Alberta Primary Health Care : Six National Dimensions of Inquiry*, Alberta, Howard Research and Instructional Systems inc., p. 30.

[62] Leatt, P., Pink, G.H. & M. Guerriere (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Heath Care, *Healthcare Papers*, vol. 1, no 2, p. 30-31.

[63] Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.P., Brunelle, Y., Tousignant, P., Kaufman, T., Lespérance, K.et Leibovich, E. (1998). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, Communication présentée au 6e Congrès International Francophone de Gérontologie de Genève, Suisse, p. 7.

[64] Archambault, C. (2000). *Mécanisme de coordination des services aux aînés : une expérience novatrice dans les Bois-Francs*. Document de présentation, Forum sur les réseaux de services à la population.

[65] Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent (2001). *Définition d'un réseau local de services de base intégrés*. Document de travail. p. 44-46.

[66] Auteurs inconnus (1998). *Health Networks. Seven Case Studies : A Description and Preliminary Analysis*, Ontario Hospital Association., p. 12.

[67] Howard, D.C. P., P.A. Howard, K. Fassbender, L.A. McCaffrey & R. Thornley (2000). *Alberta Primary Health Care : Six National Dimensions of Inquiry*, Alberta, Howard Research and Instructional Systems inc., p. 21.

[68] Howard, D.C. P., P.A. Howard, K. Fassbender, L.A. McCaffrey & R. Thornley (2000). *Alberta Primary Health Care : Six National Dimensions of Inquiry*, Alberta, Howard Research and Instructional Ssystems inc., p. 21.